

MONIQUE VIANA DE SOUSA

**AS EMERGÊNCIAS HOSPITALARES DO ESTADO DE
SANTA CATARINA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

MONIQUE VIANA DE SOUSA

**AS EMERGÊNCIAS HOSPITALARES DO ESTADO DE
SANTA CATARINA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. Armando José d'Acampora

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

Sousa, Monique Viana de.
As Emergências Hospitalares do Estado de Santa Catarina: um estudo
exploratório.
Florianópolis, 2008.
35p.

Orientador: Prof. Armando José d'Acampora. M.D., Ph.D.
Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Santa
Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Serviço Hospitalar de Emergência 2. Serviços Médicos de
Emergência 3. Urgências 4. Emergências

A meus pais, Luiz Carlos de Sousa e Alvaci Viana de Sousa, os grandes orgulhos de minha vida. Obrigada pelo amor e dedicação dispensados a mim todos esses anos e por disponibilizarem a melhor herança que poderiam: minha formação acadêmica. Se hoje aqui estou, devo isso a vocês.

À minha irmã, Nicolly Viana de Sousa, pequenina em tamanho, mas grande na definição da palavra Amiga.

Ao meu amor, Anderson Luiz Stucchi, pelo ombro amigo, carinho e paciência. Por compreender minha ausência nessas tantas horas de saudade.

AGRADECIMENTOS

"A sabedoria não vem automaticamente com a idade. Nada vem - exceto rugas. É verdade, alguns vinhos melhoram com o tempo, mas apenas se as uvas eram boas em primeiro lugar."

Abigail Van Buren

Ao meu orientador, Armando José d'Acampora, não apenas pela orientação do mais alto nível científico, mas pela amizade e exemplo de profissional apaixonado pela Medicina e Ciência. Este trabalho é apenas um dos incontáveis frutos valiosos que essa convivência me propiciou.

À Dra. Marta Muller e à Dra. Raquel Moritz, conselheiras do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina, idealizadoras deste projeto. Obrigada pela confiança depositada na construção desse trabalho e por fornecer meios para a realização de tal.

Ao Dr. Anastácio Kotzias, presidente do Conselho Regional de Medicina, pela ajuda dispensada para o acesso aos dados necessários para concretização deste estudo.

À Dra. Maria Cristina Calvo, pelos esclarecimentos e sugestões dadas ao longo da construção desse trabalho.

Ao Dr. Carlos Eduardo Pinheiro, pela atenção e contribuição prontamente deliberadas quando precisei. A admiração por sua pessoa será levada para além dos anos de graduação.

À minha amiga Giovana Uggioni, acadêmica do Curso de Letras, que gentilmente se ofereceu para efetuar as correções necessárias no texto em tela.

À minha amiga Juliana Casagrande Fernandes, pelos conselhos e pela paciência nesses longos meses antecedentes à apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Às minhas amigas, Denise Aparecida Nogueira de Lima e Karina de Souza Giassi, pela amizade, companheirismo e pelo imenso prazer de me proporcionarem apenas sua companhia. Vocês são jóias valiosas em minha vida.

Ao meu amigo, Rodrigo Mendonça Paulino, companheiro de internato e de longa data, por todo o carinho.

A todos os meus demais amigos, de faculdade, de infância, de perto e os distantes, por fazer meus dias mais alegres e minha existência mais prazerosa!

RESUMO

Introdução: O sucesso da assistência prestada nos Serviços de Emergência (SE) depende da interação entre os recursos humanos e tecnológicos, aliados à estrutura organizacional. **Objetivo:** Avaliar as Emergências Hospitalares do Estado de SC cadastradas no CREMESC, entre maio de 2005 a outubro de 2006. **Métodos:** Estudo observacional, transversal e descritivo. Avaliaram-se 161 SE Hospitalares dos 334 estabelecimentos cadastrados como emergência e/ou pronto-atendimento nos arquivos do CREMESC. Aspectos físicos, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e recursos humanos foram analisados. Os SE foram classificados em ordem decrescente de complexidade, de acordo com os critérios formulados pelo CREMESC, em tipos 1, 2, 3 e 4. **Resultados:** Observou-se um predomínio dos SE tipo 4 (44%), onde 20,5% encontravam-se na região Oeste. As unidades tipo 1 contabilizaram 11%, concentradas nas regiões Norte (4%) e Leste (4%). Cerca de 60% das unidades tipo 3 e 4 localizavam-se em municípios de pequeno porte. Dos 1474 médicos lotados nos SE, 78% eram homens e 79% formados há mais de 15 anos. Dentre os especialistas, evidenciaram-se os médicos internistas (22%), seguidos dos pediatras (16%), ginecologistas e obstetras (8,5%), cirurgiões gerais (6,5%), ortopedistas (5%), anestesistas (3%) e médicos do trabalho (3%). Profissionais sem especialidade perfizeram 12% da amostra. **Conclusões:** Mais da metade (73,5%) dos SE hospitalares do Estado atuam aquém do idealizado para um atendimento satisfatório. Apenas 11% das Emergências Hospitalares de SC contemplaram os pré-requisitos estabelecidos pelo CREMESC. Municípios de maior densidade populacional tendem a comportar os SE de maior nível de complexidade. Somente 20% dos médicos são recém-formados.

Descritores: Serviço Hospitalar de Emergência, Serviços Médicos de Emergência, Emergências.

ABSTRACT

Background: The success of care provided at the Emergency Services (ES) depends on the interaction between the human and technological resources, combined with organizational structure. **Objective:** This study aims to evaluate Hospital's Emergencies in Santa Catarina (SC) registered in CREMESC, from May 2005 to October 2006. **Methods:** It is an observational, transversal and descriptive study. It was evaluated 161 Hospital ES from 334 institutions registered as emergency medical service in the CREMESC's files. Physical aspects, diagnostic and therapeutic services and human resources were analyzed. ES were ranked in descending order of complexity, according to the criteria formulated by CREMESC in types 1, 2, 3 and 4. **Results:** There was a predominance of type 4 ES (44%), of which 20,5% were in the western region. The type 1 ES accounted for 11%, concentrated in the North (4%) and East (4%). About 60% of such 3 and 4 units were located in small cities. Among 1474 emergency physicians, 78% were men and 79% were graduated at least 15 years ago. Physicians specializing in internal medical care totaled 22%, followed by pediatricians (16%), gynaecologists and obstetricians (8,5%), general surgeons (6,5%), orthopedists (5%), anesthesiologists (3%) and work doctors (3%). General physicians totaled 12%. **Conclusions:** More than half (73,%) of Hospital ES in SC works in unsatisfactory conditions. Only 11% of Hospital's Emergencies in SC filled prerequisites set by CREMESC. Cities with higher population density tend to have the ES with higher level of complexity. Only 20% of doctors is newly graduated.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Emergency Medical Service, Emergencies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|-------------------------------------------------|
| ACLS | <i>Advanced Cardiac Life Suport</i> |
| APVP | Anos Potenciais de Vida Perdidos |
| ATLS | <i>Advanced Trauma Life Suport</i> |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CRM | Conselho Regional de Medicina |
| CREMERJ | Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro |
| CREMESC | Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina |
| ES | <i>Emergency Service</i> |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| GM | Gabinete do Ministro |
| MS | Ministério da Saúde |
| PS | Pronto-Socorro |
| RJ | Rio de Janeiro |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SC | Santa Catarina |
| SE | Serviços de Emergência |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo os critérios de classificação do CREMESC | 12 |
| Figura 2 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Oeste do Estado..... | 12 |
| Figura 3 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Sul do Estado. | 13 |
| Figura 4 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região de Planalto do Estado..... | 13 |
| Figura 5 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Norte do Estado..... | 14 |
| Figura 6 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Leste do Estado. | 14 |
| Figura 7 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre os municípios conforme densidade populacional. | 15 |
| Figura 8 - Classificação dos municípios catarinenses contemplados no estudo conforme densidade populacional. | 15 |
| Figura 9 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC segundo a classificação hospitalar. | 16 |
| Figura 10 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o gênero. | 16 |
| Figura 11 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o ano de formatura..... | 17 |
| Figura 12 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o local de formatura..... | 17 |
| Figura 13 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o vínculo empregatício. | 18 |
| Figura 14 – Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o número de vínculos empregatícios em Serviços de Emergência. | 18 |
| Tabela 1 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina conforme sua especialidade | 19 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 15 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo a especialidade. | 20 |
| Figura 16 - Distribuição das especialidades médicas entre as Emergências Hospitalares de Santa Catarina..... | 20 |
| Figura 17 - Distribuição das especialidades médicas entre os municípios segundo sua densidade populacional. | 21 |

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| FALSA FOLHA DE ROSTO | i |
| FOLHA DE ROSTO | ii |
| DEDICATÓRIA | iii |
| AGRADECIMENTOS | iv |
| RESUMO | vi |
| ABSTRACT | vii |
| LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS | viii |
| LISTA DE FIGURAS E TABELAS | ix |
| SUMÁRIO | xi |
| | |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1 Urgência e Emergência: Conceitos..... | 2 |
| 1.2 Os Serviços de Emergência e sua situação no Brasil | 3 |
| 1.3 O Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina e os Serviços de Emergência..... | 4 |
| 2 OBJETIVOS | 5 |
| 2.1 Objetivo geral | 5 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 5 |
| 3 MÉTODOS..... | 6 |
| 3.1 Delineamento do estudo | 6 |
| 3.2 Amostra | 6 |
| 3.3 Critérios de inclusão | 6 |
| 3.4 Critérios de exclusão | 6 |
| 3.5 Procedimentos | 7 |
| 3.5.1 Fiscalização | 7 |
| 3.5.2 Protocolo de Pesquisa..... | 7 |
| 3.5.3 Classificação das Emergências..... | 8 |
| 3.5.4 Classificação das cidades quanto ao número de habitantes..... | 10 |
| 3.6 Revisão de literatura | 11 |
| 3.7 Análise Estatística | 11 |
| 3.8 Aspectos Éticos | 11 |

| | |
|------------------------------|-----------|
| 4 RESULTADOS | 12 |
| 5 DISCUSSÃO | 22 |
| 6 CONCLUSÕES..... | 31 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 32 |
| NORMAS ADOTADAS | 35 |

1 INTRODUÇÃO

A situação dos Serviços de Emergência (SE) é, hoje, motivo de preocupação para a comunidade médica e a população em geral, haja vista que a utilização desses serviços tem tido um importante crescimento nas últimas décadas.^{1,2}

Em relação ao setor público brasileiro, poucos dados puderam ser encontrados sobre morbidade específica dos setores de urgência e emergência. Dados divulgados pela prefeitura do Estado de São Paulo em 1998 revelaram infecções respiratórias agudas, traumatismos e hipertensão arterial essencial dentre as cinco principais causas de morbidade atendida nesses serviços.

O aumento expressivo de demanda de casos relacionados às causas externas pôde ser avaliado pela elevação no coeficiente específico de mortalidade.³ Nos últimos anos, verificou-se o impacto social da mortalidade por causas externas pelo acréscimo de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).²

Em Santa Catarina, observou-se no ano de 2005 um total de 3091 óbitos em decorrência de causas externas e cerca de 2700 óbitos por doença isquêmica cardiovascular.⁴

Em consequência, o aumento da procura por esse tipo de atendimento tem culminado na superlotação das unidades de urgência e emergência, fato esse observado em âmbito mundial.

Estudos conduzidos nos Estados Unidos mostram que, entre 1992 e 2002, houve um crescimento de 23% nas consultas realizadas nos SE.⁵ Na Espanha, Núñez Díaz relata um aumento de 6,9% de 2001 a 2003.⁶

Segundo Ocaña⁷, a causa da superlotação nas unidades de emergência é multifatorial. A saturação nos postos de assistência básica, o acesso fácil ao profissional médico, a expectativa dos pacientes em receber atendimento especializado e recorrer a recursos tecnológicos nesses serviços mostram-se como importantes determinantes da preferência pelas portas de emergência.

Ainda, na atenção básica, a forma como estão organizados os serviços, em que a prioridade é dada ao paciente agendado, faz com que usuários sejam encaminhados informalmente aos serviços de pronto-atendimento/emergências, quando a demanda excede ao programado ou não corresponde ao que é ofertado pelo serviço.⁸

Dessa forma, os SE acabam por funcionar como portas desvirtuadas de entrada do

sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgência, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais.^{2,7,8,9,10}

1.1 Urgência e Emergência: Conceitos

O conceito de o que é urgência e emergência mostra-se impreciso, a ponto levantar dúvidas quanto à definição de um significado com sentido comum e operante aos usuários e prestadores de serviços.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1451/95, define como Urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já Emergência seria a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.¹¹

O conceito americano de urgência tem influenciado as definições brasileiras, pois entende que uma situação de “emergência” é aquilo que não pode esperar e deve ser atendida com rapidez, como incorporado pelo próprio CFM.

No entanto, segundo Le Coutour, o conceito ampliado de urgência difere em função de quem a percebe ou sente: para os usuários ou familiares pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida, relacionado ao que é imprevisto e ao que não se pode esperar. Para os profissionais de saúde, a dimensão da urgência relaciona-se ao prognóstico vital em certo intervalo de tempo. Já para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, ou seja, aquilo que não pode ser previsto.¹²

No dicionário da língua portuguesa, lê-se que emergência é relativo a emergir, ou algo que não existia, ou que não era visto, e que passa a existir ou manifestar-se.¹³ Nesse sentido, a emergência poderia representar qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passa a referir, e assim, tanto um acidente automobilístico quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva se enquadrariam no conceito de emergência, independente da gravidade, prognóstico ou tempo.

Diante da diversidade de terminologias no meio médico e sistema de saúde, a proposta encontrada na Regulação Médica de Urgências é que se passe a adotar no país apenas o termo urgência para todos os casos agudos que necessitem de cuidados. Sugere-se ainda a elaboração de uma avaliação multifatorial a qual incorpore o grau de urgência à gravidade do caso, ao tempo para iniciar o tratamento, aos recursos necessários ao tratamento e ao valor

social que envolve cada caso.¹²

1.2 Os Serviços de Emergência e sua situação no Brasil

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde.

Todavia, as urgências têm ocupado historicamente um lugar de marcada marginalidade no sistema de saúde. Os pronto-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou ausentes.

A desorganização identificada pelos gestores, administradores hospitalares e diretores clínicos e, particularmente, pela própria comunidade, tem motivado a adoção de estratégias educacionais e assistenciais, influenciadas, respectivamente, pelos modelos anglo-americanos e franco-germânicos.¹⁴ Para exemplificar, cita-se o SAMU, Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, modelo de assistência essencialmente franco-germânico, no qual o médico vai até o paciente, atuando na cena, em ambiente pré-hospitalar.^{14,15}

Em contrapartida, a sistematização do conhecimento e das técnicas das equipes de saúde para o suporte avançado à vida tem sido baseada nos programas anglo-americanos, como *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)* e o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*. Diferentemente do sistema franco-germânico; nesse, o paciente é levado até o médico nos Serviços de emergência e todo o atendimento pré-hospitalar é feito por paramédicos.¹⁵

No Brasil, a formulação das políticas de urgência iniciou-se com a publicação da Portaria GM/MS nº2.923 de junho de 1998, na qual se determinou investimentos nas áreas de assistência pré-hospitalar móvel, assistência hospitalar e centrais de regulação de urgências.¹⁶

Posteriormente, foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, mediante a Portaria GM/MS nº2.048 de 05 de novembro de 2002. Essa estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência. Determina, ainda, critérios para a habilitação de serviços que devem participar dos Planos Estaduais de Atenção às Urgências e Emergências, a saber: regulação médica de urgência e emergência, atendimento hospitalar, pré-hospitalar fixo e móvel, transporte inter-

hospitalar e núcleos de educação em urgência, com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos na área.²

Em 2003, funda-se a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, por meio da Portaria GM/MS nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, cujos principais objetivos são garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento a todos os tipos de urgências. Recomenda que a atenção às urgências no SUS deva fluir em todos os níveis, desde a atenção básica aos cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.¹⁷

Por fim, a Portaria GM/MS 1864 de 29 de setembro de 2003 institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), suas Centrais de Regulação (Central SAMU – 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro.¹⁸ Em Santa Catarina, o SAMU iniciou efetivamente suas atividades em novembro de 2006.¹⁹

1.3 O Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina e os Serviços de Emergência

O Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC), órgão supervisor ético e disciplinador da profissão médica, tem entre suas funções, instituídas pela Resolução do Conselho Federal de Medicina 1613/01, fiscalizar as instituições e estabelecimentos que prestam serviço médico-assistencial, a fim de manter seus registros atualizados e notificar quaisquer irregularidades encontradas para que sejam tomadas as devidas providências.²⁰

A atuação efetiva do CREMESC nos diversos municípios do Estado dá-se graças à organização do sistema por meio de rede hierarquizada, cuja base constitui-se nas Delegacias Regionais. Essas são a representação física do CREMESC, nas regiões catarinenses, como forma de aproximar a instituição com os médicos e as empresas de saúde. Há, no Estado, um total de 18 Delegacias Regionais, a saber: Araranguá, Blumenau, Canoinhas, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Curitiba, Florianópolis, Itajaí, Joaçaba, Joinville, Lages, Mafra, Porto União, Rio do Sul, São Miguel do Oeste, Tubarão e Xanxerê.

Nesse contexto, surge a proposta deste trabalho, elaborada pelo Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina, em conjunto com os representantes das Delegacias Regionais do CREMESC, no intuito de fiscalizar as Emergências Catarinenses, atualizar registros, além de se ter uma idéia global da situação atual desse tipo de serviço em Santa Catarina.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar as Emergências Hospitalares do Estado de Santa Catarina cadastradas no CREMESC, no período de maio de 2005 a outubro de 2006.

2.2 Objetivos Específicos

- Levantamento exploratório do perfil técnico e estrutural das emergências hospitalares de Santa Catarina.
- Classificar as emergências segundo critérios de categorização estabelecidos pelo CREMESC.
- Alocar os serviços de emergência conforme características demográficas.
- Avaliar o perfil dos médicos que atuam nas Emergências hospitalares do Estado.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa.

3.2 Amostra

A amostra foi identificada após consulta nos arquivos do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina dos Estabelecimentos de Saúde registrados como Emergência e Pronto Atendimento no Estado de Santa Catarina.

Entre maio de 2005 e outubro de 2006, foram visitados 334 Estabelecimentos de Saúde cadastrados como Emergência ou Pronto Atendimento, dos quais 127 não foram caracterizadas como emergências hospitalares. As restantes 207 foram submetidas aos critérios de inclusão e exclusão de acordo com o padrão exigido pelo CREMESC.

3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo apenas os Estabelecimentos de Saúde classificados como Emergências Hospitalares no CREMESC, tanto de Hospitais Gerais quanto de Hospitais Especializados, efetivamente vistoriados e que prestassem atendimento de urgência e/ou emergência.

Compuseram a amostra, dessa forma, 161 Emergências Hospitalares.

3.4 Critérios de Exclusão

Excluíram-se da amostra todas as Emergências não Hospitalares, assim como as Emergências Hospitalares que não foram vistoriadas e, ainda, as que, apesar de estarem registradas como Emergências no Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina, não prestavam atendimento de urgência e/ou emergência à população, seja por não se constituírem Serviços de emergência, seja por estarem fechadas devido a reformas ou por não mais existirem.

Nesse contexto, foram excluídas das Emergências Hospitalares, 25 unidades que não se caracterizavam por Emergência devido ao exposto acima e 21 estabelecimentos que não

foram vistoriados, além das 127 Emergências não Hospitalares, caracterizando 173 estabelecimentos excluídos por não preencherem os requisitos do CREMESC.

3.5 Procedimentos

3.5.1 Fiscalização

Após delimitação dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados como Emergências, os mesmos foram distribuídos segundo a abrangência das Delegacias Regionais. A vistoria de cada unidade selecionada ocorreu por meio de técnicos dessas Delegacias, previamente treinados, por meio de preenchimento de questionário estruturado aplicado ao Diretor Clínico do Hospital e verificação *in loco* dos serviços de emergência.

A Fiscalização, outrossim, contou com a participação dos médicos fiscais do CREMESC, através da realização de vistoria particularmente em Florianópolis e auxílio nas regiões que apresentaram dificuldades na captação dos dados.

3.5.2 Protocolo de Pesquisa

Os pesquisadores responsáveis pelo órgão de fiscalização do CREMESC elaboraram um protocolo de pesquisa para a fiscalização de cada serviço de emergência, em sua maioria com questões fechadas, contendo os seguintes itens:

- a) Identificação da pessoa jurídica: CRM; nome do estabelecimento; endereço; Cidade e Delegacia; Diretor Clínico e Técnico; Classificação; e Natureza Jurídica.
- b) Aspectos físicos da emergência: área física, baseada na resolução do CFM 1451/95, que dispõe sobre a definição dos estabelecimentos de urgência e emergência; sua infra-estrutura; e corpo clínico. Diversas variáveis aqui foram levantadas, a saber: sala de reanimação; sala de cirurgia séptica e asséptica; salas de triagem; isolamento; gesso; posto de enfermagem; facilidade de acesso externo; condições de ventilação e iluminação; condições dos banheiros e fluxo de pacientes na recepção.
- c) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da pessoa jurídica: também estruturado sobre as normas da resolução supracitada. Contempla as seguintes variáveis, segundo os seguintes critérios: 12h; 24h; próprio; externo; não existe; e não funciona. São elas: laboratório; hematologia;

radiologia; Centro Cirúrgico; Unidade Coronariana; UTI; Eletrocardiógrafo; Radiologia; Ultrassonografia; Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética; Farmácia; Sala de Emergência; Carrinho de Emergência; Desfibrilador; Oxímetro; Torpedo de oxigênio e de ar comprimido; Raios-X portátil; monitor cardíaco; ambu; laringoscópio; ventilador mecânico; caixa de traqueostomia; aspirador de secreções; gerador de energia.

- d) Recursos Humanos da Emergência: as variáveis foram aqui distribuídas segundo os seguintes critérios: turno e sobreaviso. Foi avaliada a equipe médica de plantão e/ou sobreaviso na emergência nas seguintes áreas: Clínica médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Cardiologia; Ginecologia e Obstetrícia; Ortopedia e Traumatologia; Anestesiologia. Nesse item, foi levantada a escala de plantão dos médicos. A *posteriori*, foram pesquisados, nos arquivos do CREMESC, dados desses médicos como a especialidade, o ano de formatura, o local de formatura e o vínculo empregatício.
- e) Conclusão: observações complementares e se é ou não considerado serviço de emergência.

3.5.3 Classificação das Emergências

O CREMESC, baseado e sem ferir a Resolução do CFM 1451/95, elaborou uma nova classificação dos Serviços de Emergência, considerando dados de infra-estrutura, equipamentos, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, além de corpo clínico, como tripés para um adequado funcionamento desse tipo de estabelecimento.

Em 2002, o Ministério da Saúde, pela Portaria 2048/GM, fomentou a classificação atual das Emergências; porém, tal caracterização mostra-se complexa e de difícil emprego prático.

Tal Portaria enumera as características específicas imprescindíveis e disponíveis para cada nível de serviço de Emergência, sendo este não hospitalar, alocado a um Hospital Geral ou a um Hospital Específico.

A classificação idealizada pelo CREMESC tenta, por sua vez, distribuir as Emergências de forma equitativa ao estabelecer o que o Conselho considera ideal para um

bom funcionamento desse tipo de serviço, não esquecendo nossa realidade e poucos recursos disponíveis na área da saúde.

Posto isso, podem se observar as quatro categorias de classificação propostas, estruturadas de forma decrescente em complexidade, sendo a primeira o melhor nível de prestador e a última, o mais prejudicado nesse aspecto:

1. Tipo 1: Que preenchem TODOS os seguintes critérios na Emergência ou no Hospital:

- a) Sala de reanimação na Emergência
- b) Sala de cirurgia séptica
- c) Sala de cirurgia asséptica
- d) Sala de gesso no Hospital
- e) Eletrocardiograma
- f) Hematologia
- g) Radiologia
- h) Farmácia
- i) Laboratório de Análises Clínicas
- j) Centro Cirúrgico
- k) Unidade de Terapia Intensiva
- l) Oxímetro na Emergência
- m) Desfibrilador
- n) Monitor Cardíaco
- o) Laringoscópio
- p) Ambu
- q) Torpedo de oxigênio
- r) Ar comprimido
- s) Traqueostomia
- t) Médico clínico 24h
- u) Médico cirurgião 24h
- v) Médico Anestesista 24h

2. Tipo 2: Que preenchem TODOS os seguintes critérios na Emergência ou no Hospital:

- a) Sala de reanimação na Emergência
- b) Hematologia
- c) Radiologia
- d) Centro Cirúrgico

- e) Oxímetro na Emergência
- f) Desfibrilador
- g) Monitor Cardíaco
- h) Eletrocardiograma
- i) Laringoscópio
- j) Ambu
- k) Torpedo de oxigênio
- l) Ar comprimido
- m) Médico 24h

3. Tipo 3: Que preenchem TODOS os seguintes critérios:

- a) Eletrocardiograma
- b) Desfibrilador
- c) Laringoscópio
- d) Ambu
- e) Torpedo de oxigênio
- f) Médico 24h

4. Tipo 4: Que NÃO preenchem algum dos seguintes critérios:

- a) Eletrocardiograma
- b) Desfibrilador
- c) Laringoscópio
- d) Ambu
- e) Torpedo de oxigênio
- f) Médico 24h

3.5.4 Classificação das cidades quanto ao número de habitantes

Os municípios contidos neste estudo foram classificados segundo a população recenseada e estimada para cada cidade de Santa Catarina em 2007, consoante o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em cidades de pequeno, médio e grande porte.

- a) Cidades de pequeno porte: municípios com densidade populacional de até 50 mil habitantes.
- b) Cidades de médio porte: cidades com 50 mil a 100 mil residentes.

- c) Cidades de grande porte: municípios com taxa populacional superior a 100 mil habitantes.

3.6 Revisão de literatura

As referências citadas neste estudo advêm de teses de doutorado e mestrado, artigos indexados no *Medline*, *Scielo* e Bireme, além de Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina.

Dentre os artigos analisados, merece destaque o do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, em sua terceira edição, sobre o perfil dos médicos e das emergências desse Estado, o qual contribuiu muito para a discussão do estudo em tela.

É importante ressaltar a escassa referência literária acerca do assunto.

3.7 Análise Estatística

Os dados foram analisados e contabilizados através do Microsoft Excel 2007.

3.8 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pela Diretoria Plenária do CREMESC.

4 RESULTADOS

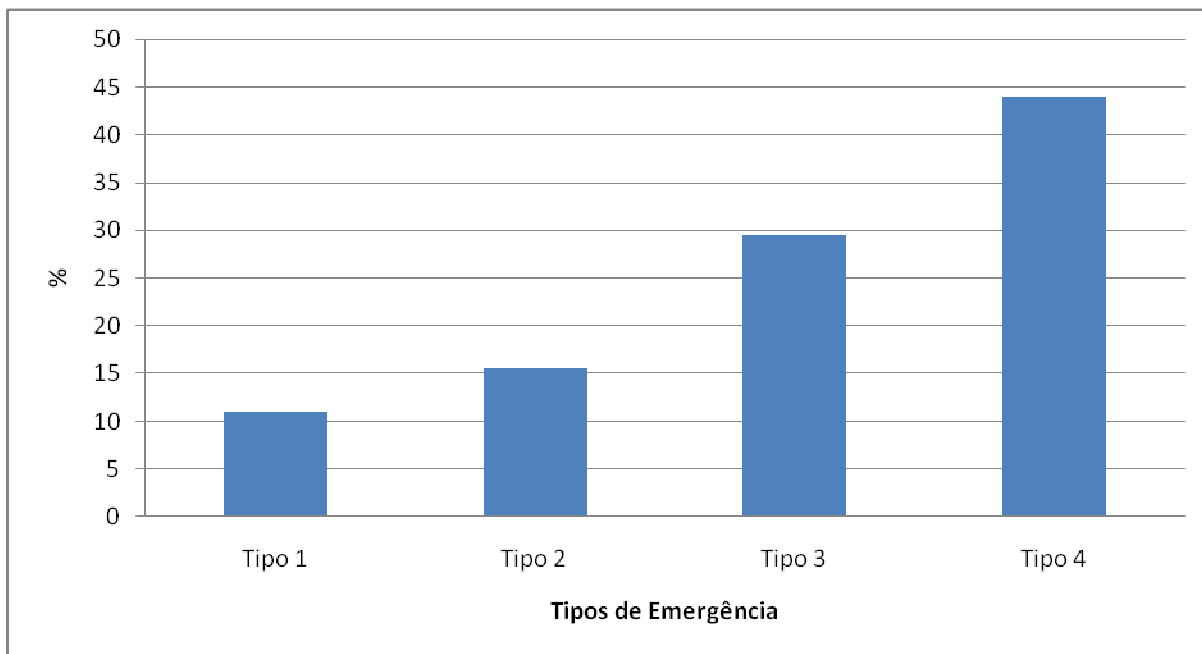


Figura 1 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo os critérios de classificação do CREMESC

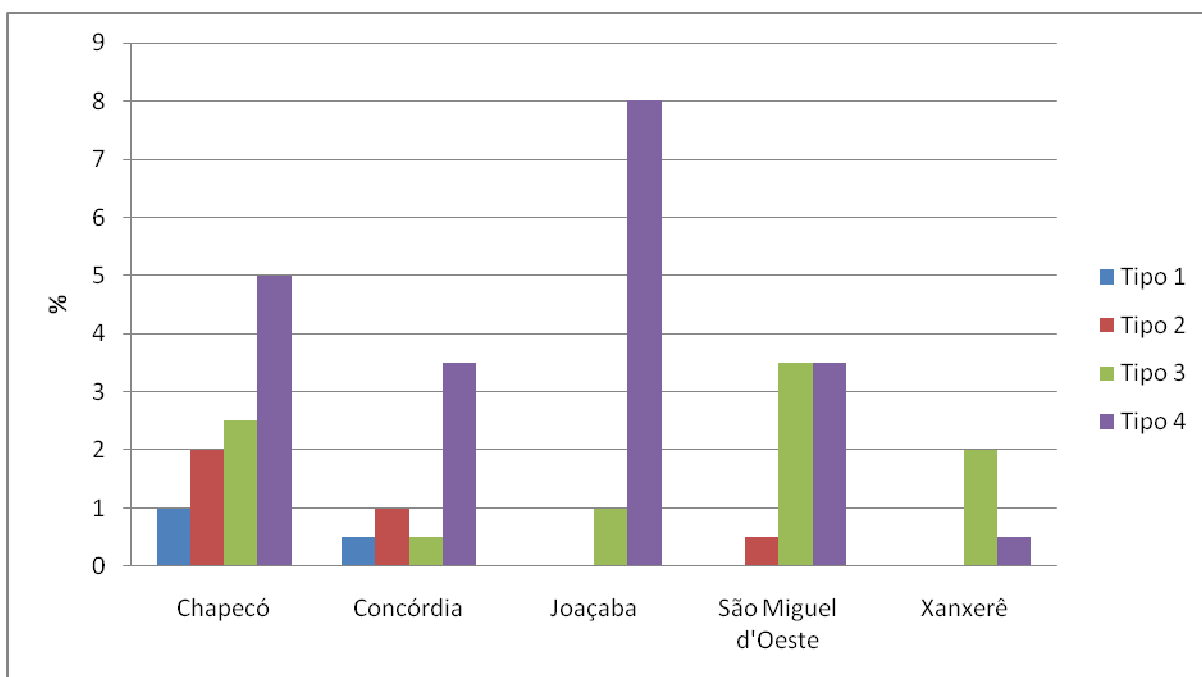


Figura 2 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Oeste do Estado.

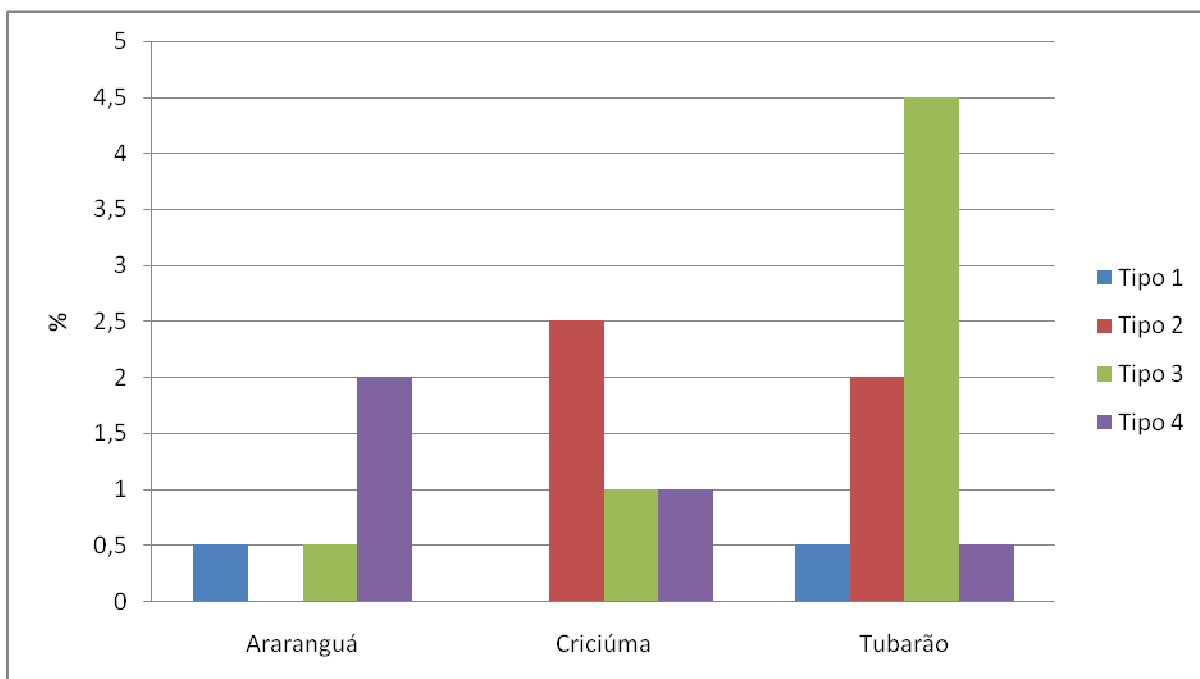


Figura 3 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Sul do Estado.

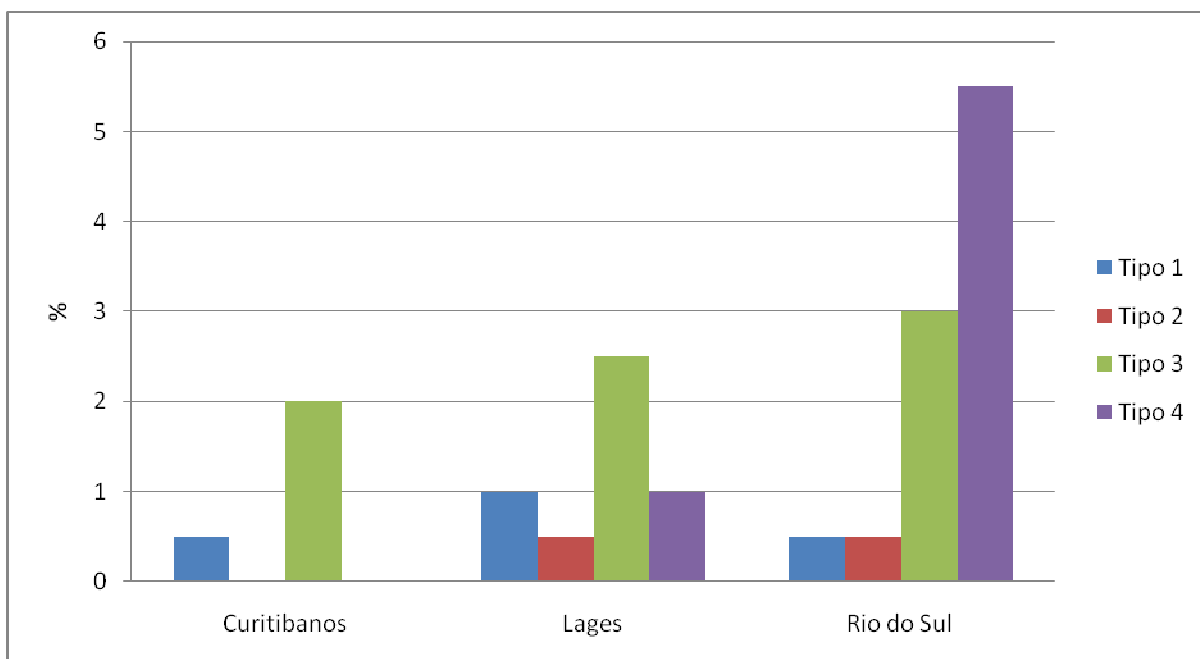


Figura 4 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região de Planalto do Estado.

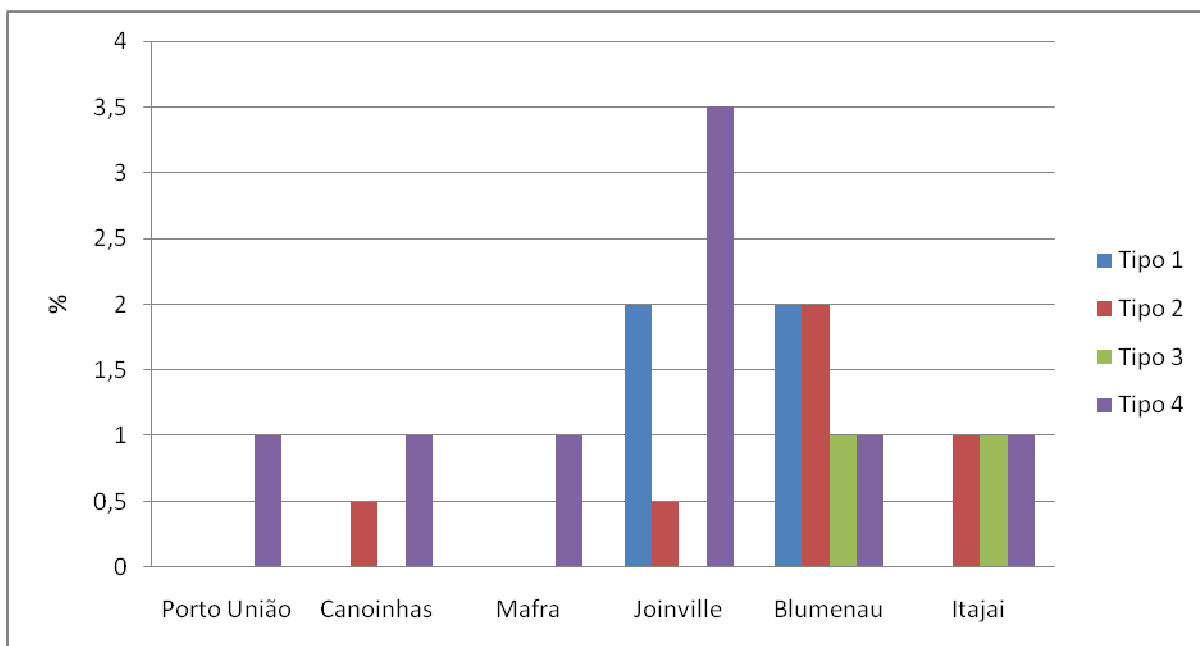


Figura 5 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Norte do Estado.

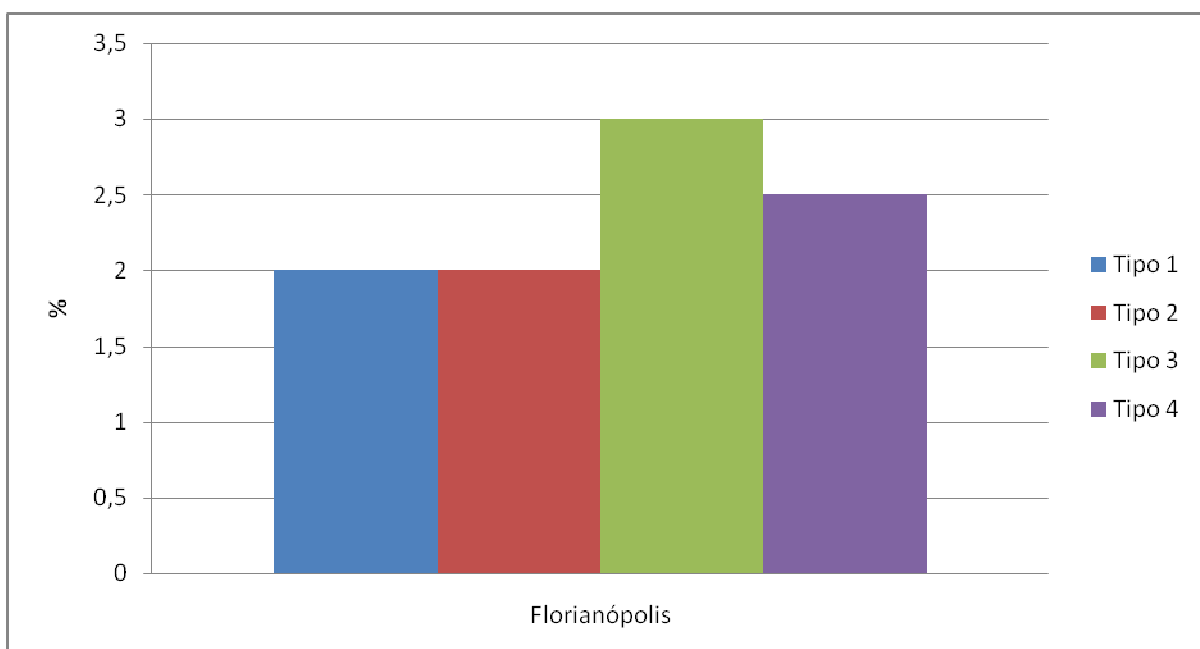


Figura 6 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre as Delegacias Regionais da Região Leste do Estado.

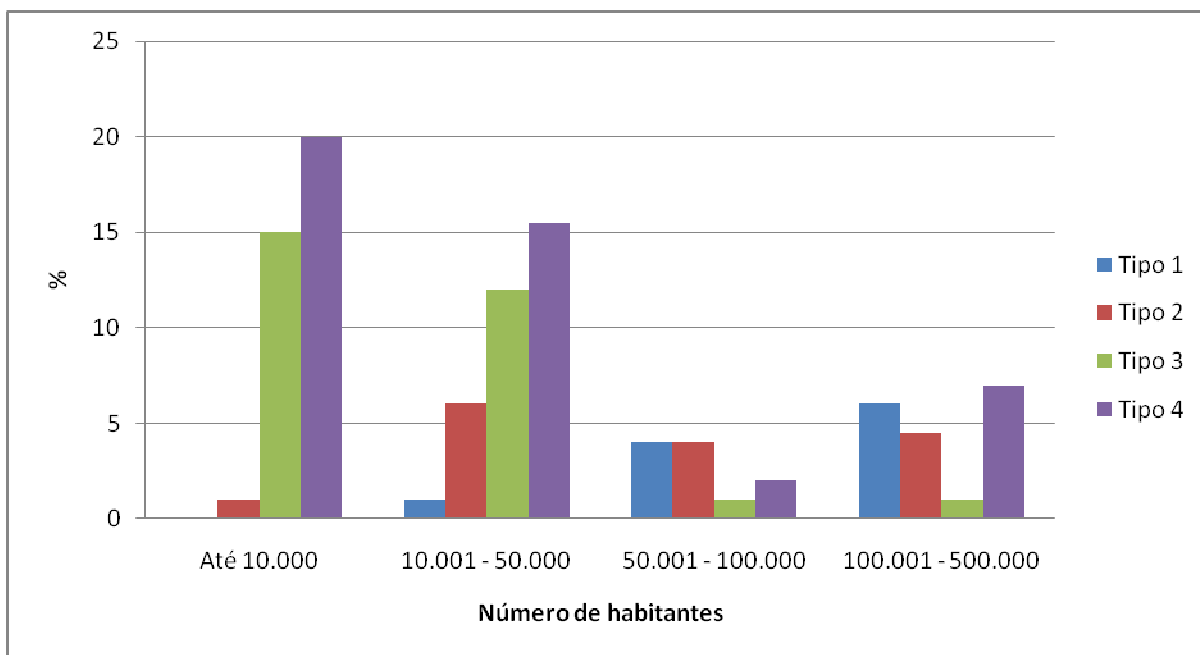


Figura 7 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC entre os municípios conforme densidade populacional.

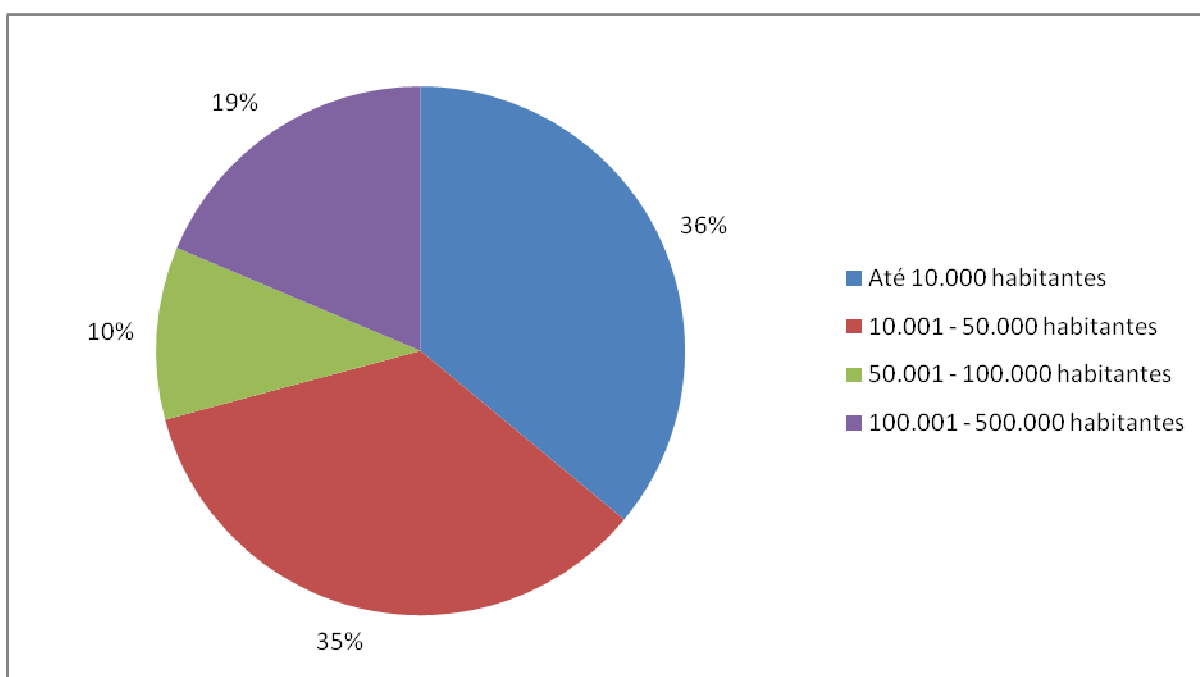


Figura 8 - Classificação dos municípios catarinenses contemplados no estudo conforme densidade populacional.

FONTE: IBGE, 2007.

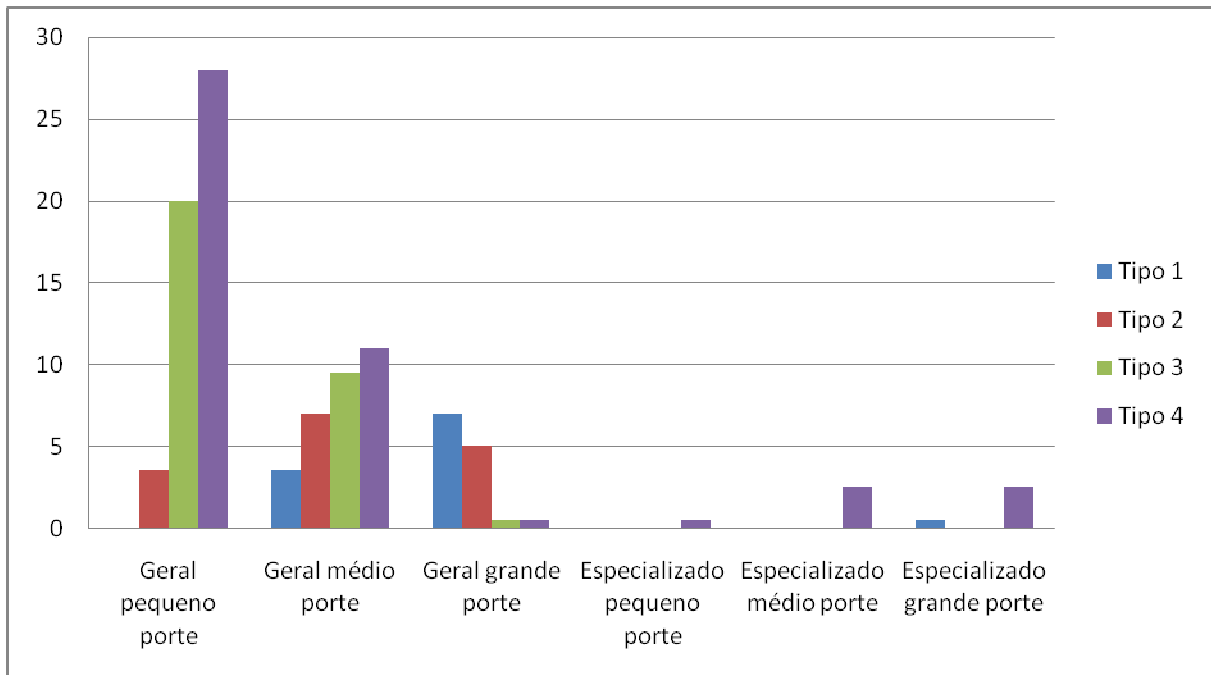


Figura 9 - Distribuição das Emergências Hospitalares de Santa Catarina sob a classificação do CREMESC segundo a classificação hospitalar.

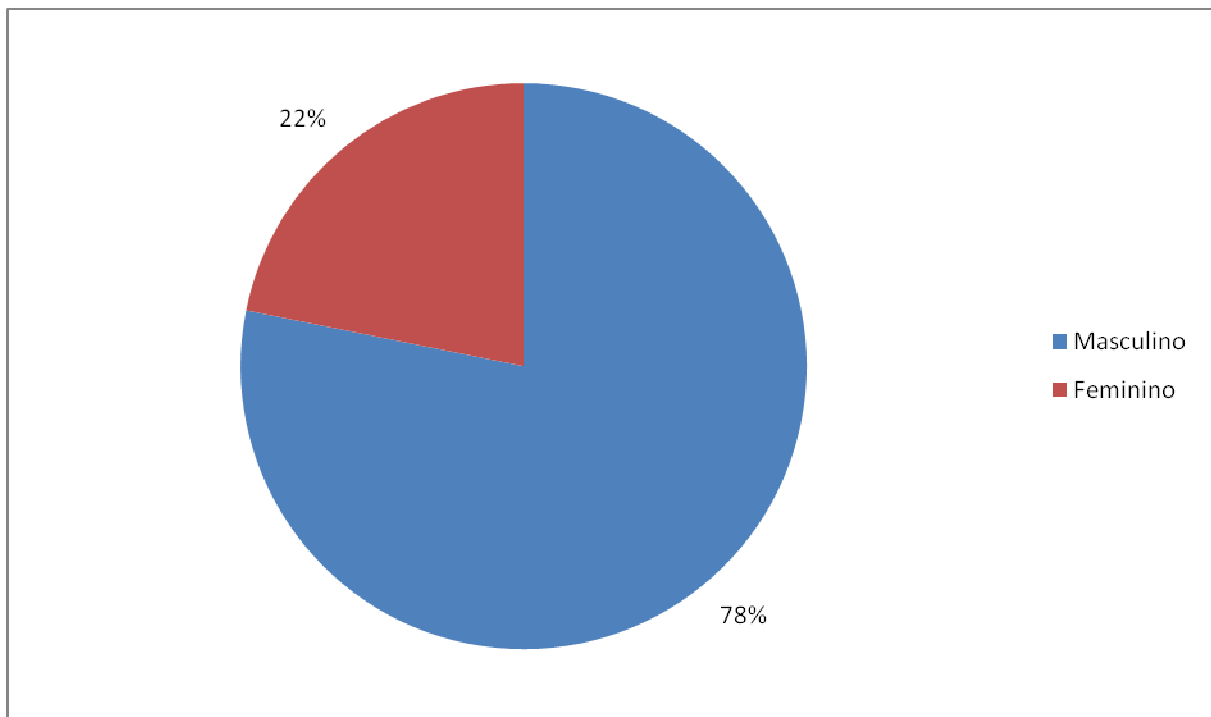


Figura 10 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o gênero.

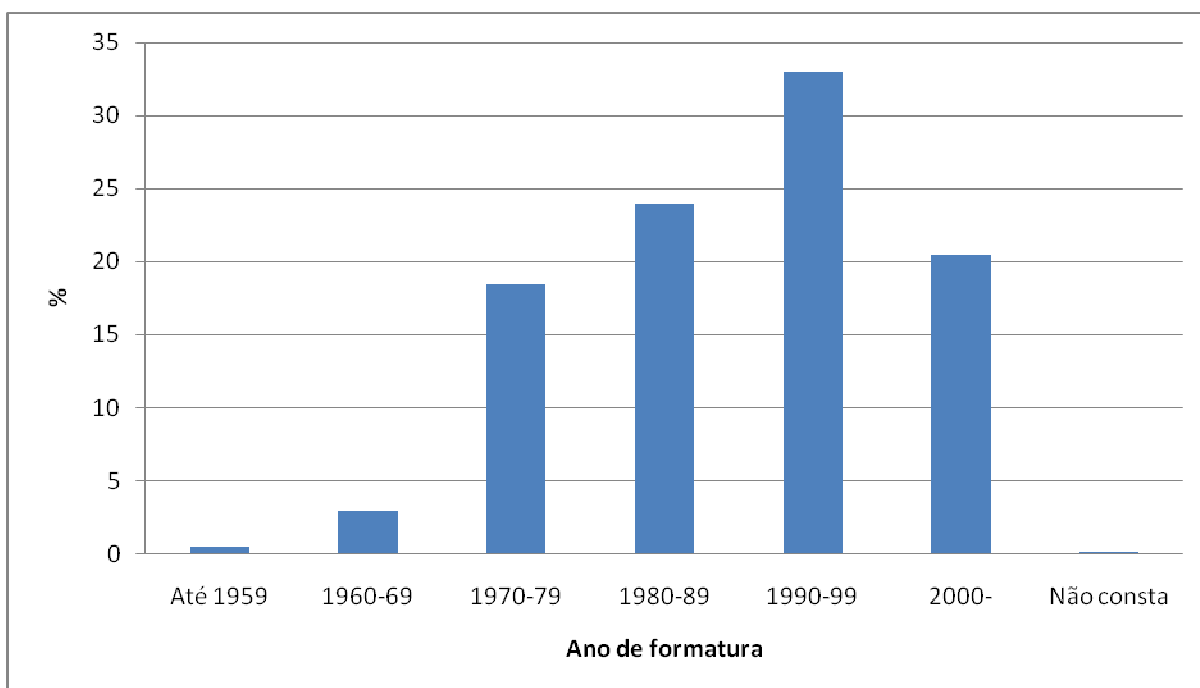


Figura 11 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o ano de formatura.

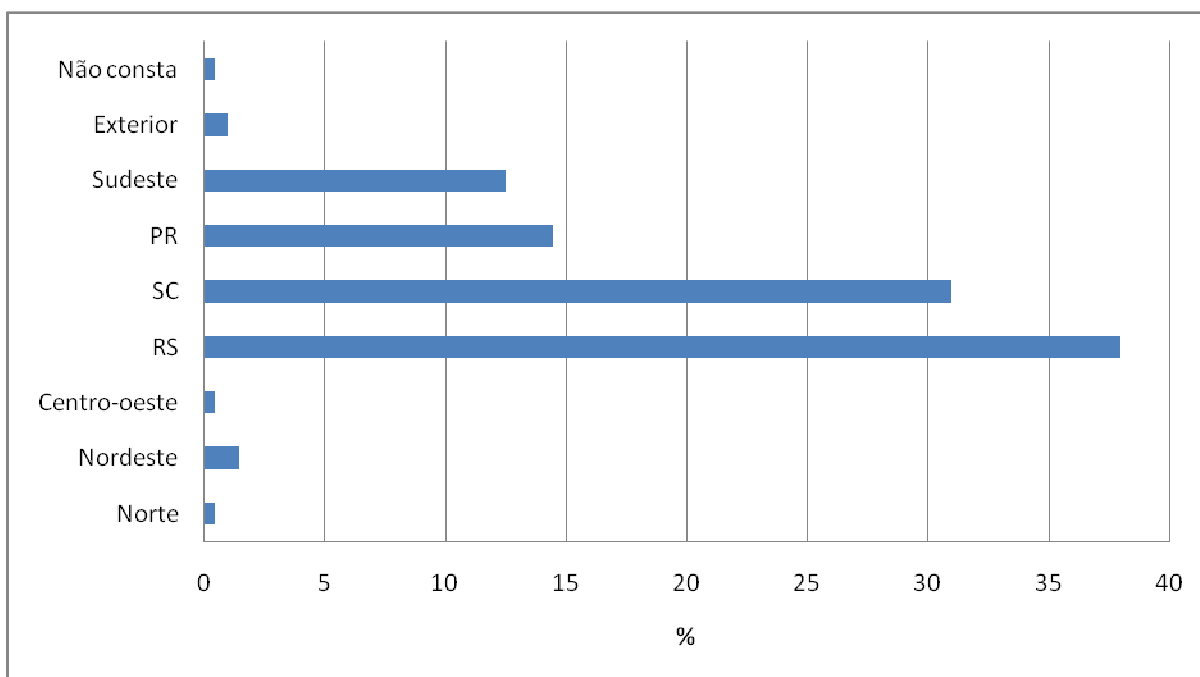


Figura 12 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o local de formatura.

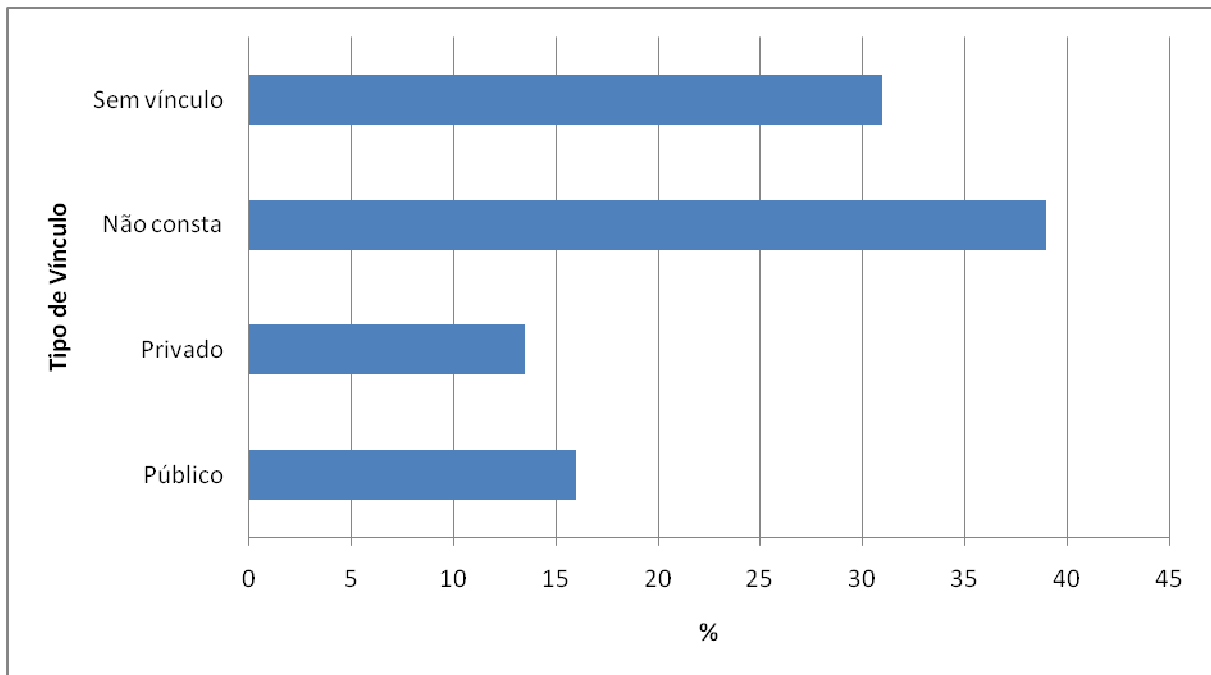


Figura 13 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o vínculo empregatício.

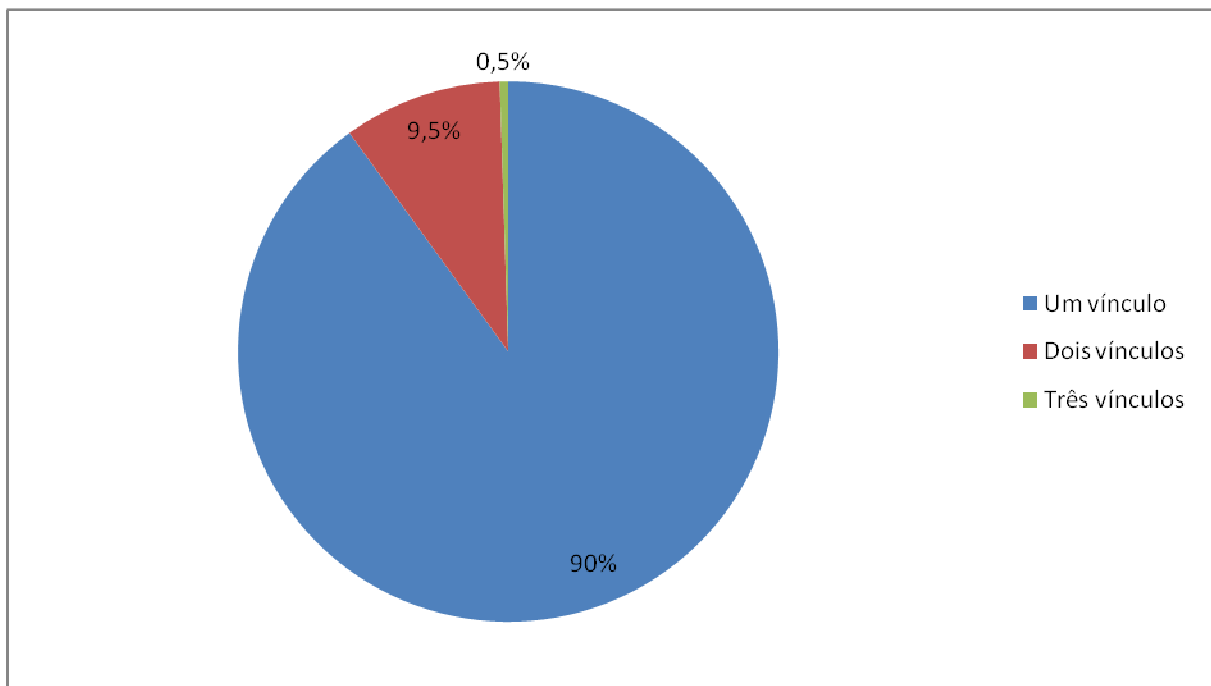


Figura 14 – Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo o número de vínculos empregatícios em Serviços de Emergência.

Tabela 1 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina conforme sua especialidade.

| ESPECIALIDADE | N | % |
|--------------------------------|-------------|--------------|
| Anestesiologia | 43 | 3,0 |
| Cancerologia | 12 | 1,0 |
| Cardiologia | 50 | 3,5 |
| Cirurgia do aparelho digestivo | 27 | 2,0 |
| Cirurgia geral | 94 | 6,5 |
| Cirurgia pediátrica | 13 | 1,0 |
| Cirurgia vascular | 22 | 1,5 |
| Clínica Médica | 322 | 22,0 |
| Gastroenterologia | 16 | 1,0 |
| Geriatria | 12 | 1,0 |
| Ginecologia e Obstetrícia | 127 | 8,5 |
| Medicina do Trabalho | 43 | 3,0 |
| Nefrologia | 13 | 1,0 |
| Oftalmologia | 24 | 1,5 |
| Ortopedia e Traumatologia | 73 | 5,0 |
| Pediatria | 236 | 16,0 |
| Proctologia | 10 | 0,5 |
| Psiquiatria | 10 | 0,5 |
| Radiologia | 16 | 1,0 |
| Urologia | 28 | 2,0 |
| Outras | 266 | 18,0 |
| TOTAL | 1474 | 100,0 |

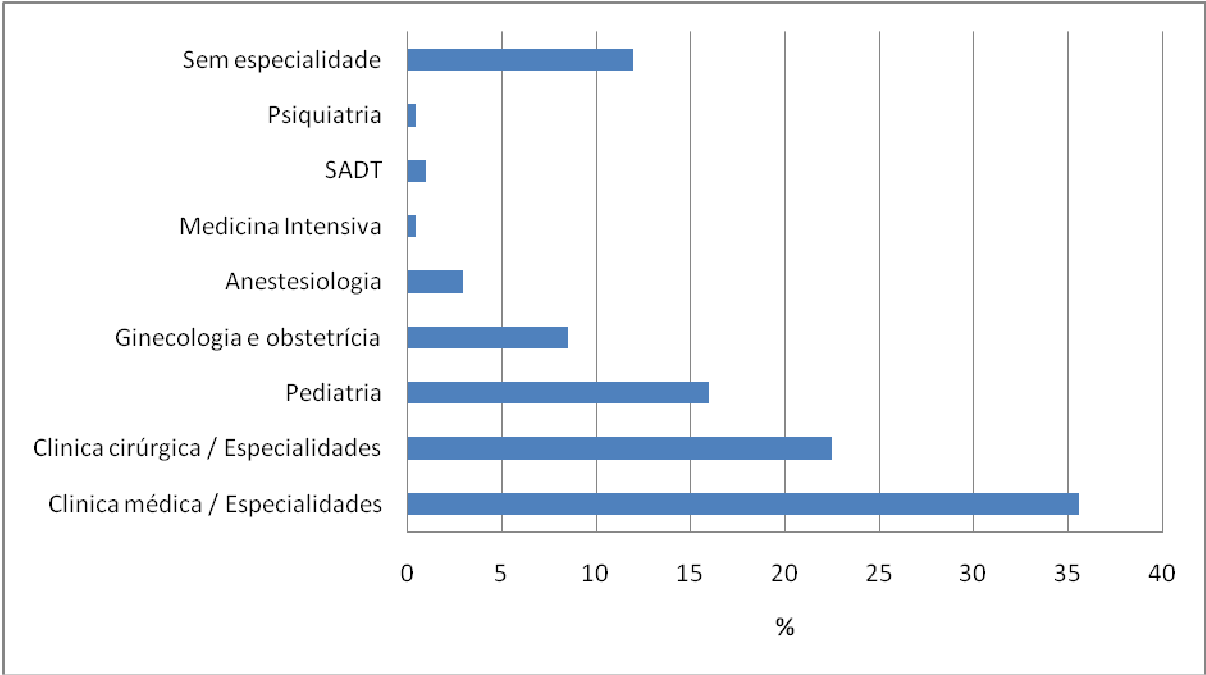


Figura 15 - Distribuição dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares de Santa Catarina segundo a especialidade.

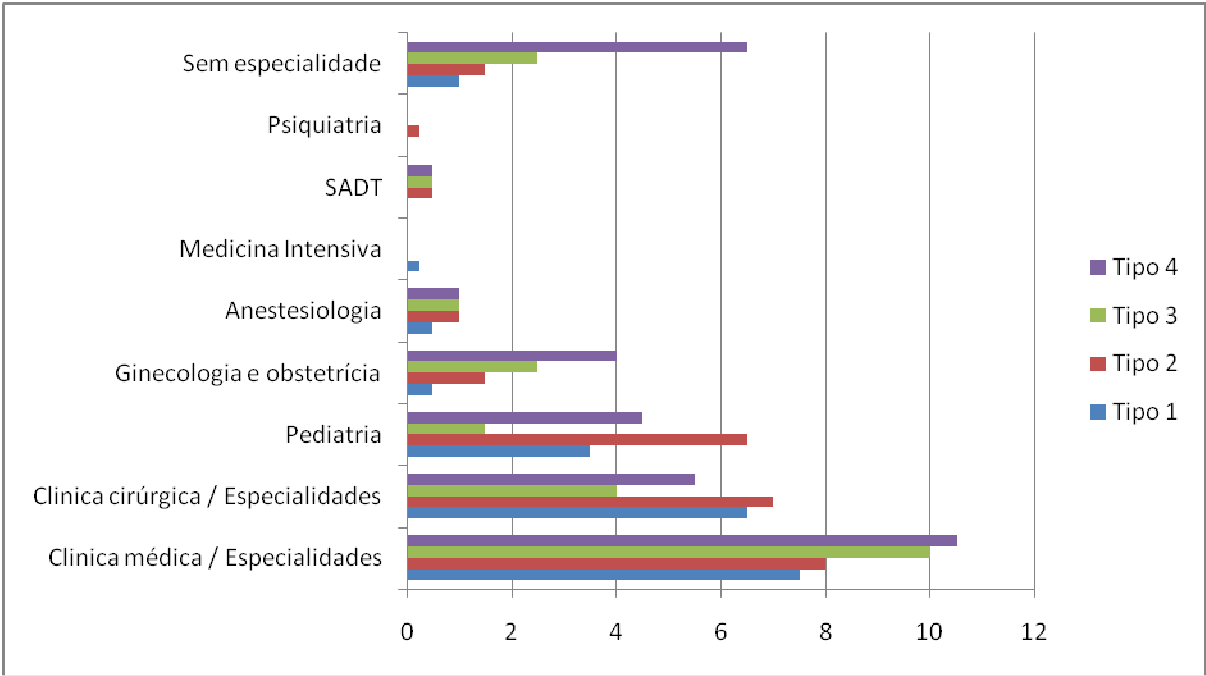


Figura 16 - Distribuição das especialidades médicas entre as Emergências Hospitalares de Santa Catarina.

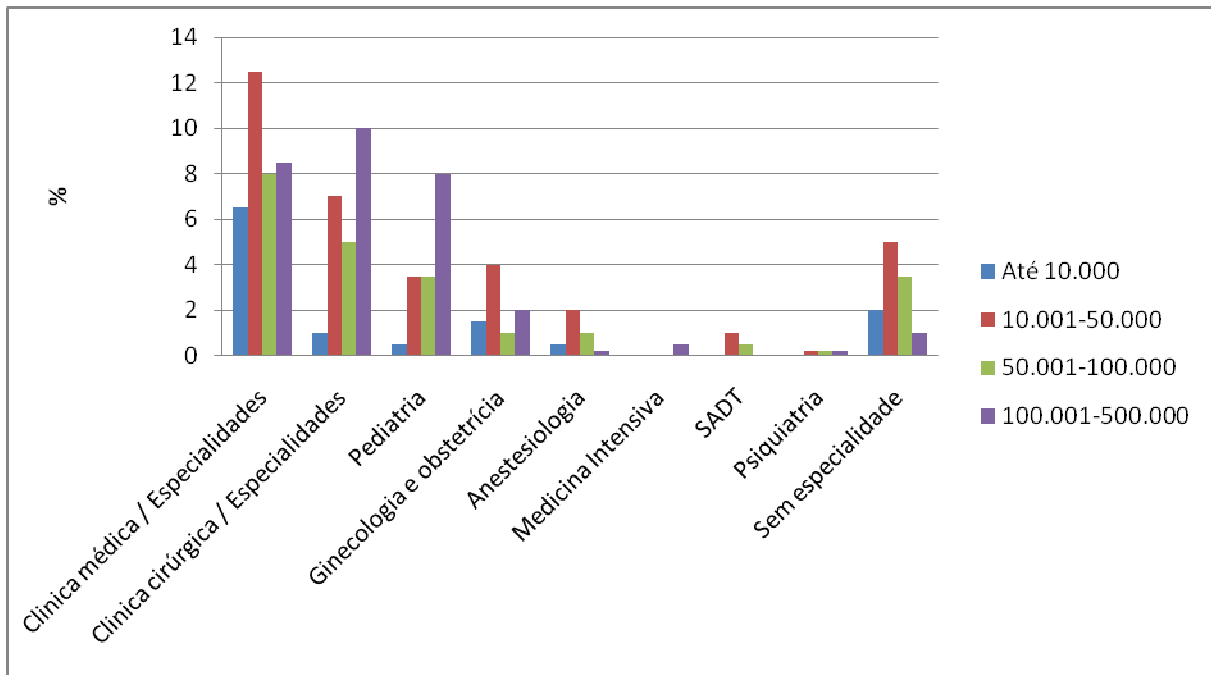


Figura 17 - Distribuição das especialidades médicas entre os municípios segundo sua densidade populacional.

5 DISCUSSÃO

A mudança no perfil de morbi-mortalidade da população brasileira tem apontado para um aumento expressivo nos agravos e nas doenças cuja demanda de atenção imediata os coloca como situação de urgência e/ou emergência. A necessidade crescente de manter uma estrutura humana e tecnológica permanentemente a postos para essas situações apresenta-se como um desafio tanto para o setor público quanto para o setor privado.

De outra maneira, o aumento substancial e súbito das populações dos centros metropolitanos, fruto da migração na busca por melhores condições de trabalho, educação e saúde, faz com que essas metrópoles não tenham tempo hábil para montar uma estrutura para o adequado atendimento à educação e à saúde básica da população.

A decisão em se realizar uma pesquisa sobre o perfil do médico e das emergências do Estado de Santa Catarina vem ao encontro dos anseios dos gestores em saúde acerca da atual conjuntura desses serviços, devido ao crescimento e ao desenvolvimento desordenado observado em tal âmbito nos últimos anos.

A tríade mais conhecida para avaliação dos serviços de saúde foi descrita por Donabedian, em 1960. Esse autor conceitua três aspectos: 1. a estrutura; 2. o processo e 3. o resultado assistencial.^{21,22}

Enfoca-se no estudo em tela a estrutura dos SE, o qual considera além da infraestrutura, a área de corpo clínico e o arsenal tecnológico.

Nessa casuística, foram avaliadas 161 unidades de Emergências Hospitalares, anexas tanto a hospitais gerais quanto a hospitais de atendimento especializado. Consoante os critérios de classificação dos SE estabelecidos pelo CREMESC, observa-se um predomínio das unidades Tipo 4, com 44% do total. (Figura 1) Essas dispõem de poucos recursos e *déficit* em sua infra-estrutura, ora por carência de materiais necessários, ora por falha de atendimento integral, devido à inexistência ou lacuna em plantões médicos.

Outra grande parcela da amostra analisada, os SE tipo 3 (29,5%) revelou apresentar condições mínimas para assistência. Conseqüentemente, 73,5% das unidades de emergências hospitalares do Estado atuam aquém do idealizado para um atendimento satisfatório.

As unidades Tipo 1, consideradas na classificação adotada como modelo padrão de SE, contabilizam apenas 11%. Somadas, as unidades Tipo 1 e 2 (15,5%) compõem 26,5% dos SE em Santa Catarina.

O'Dweyer, ao avaliar trinta serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio de Janeiro, demonstrou que 60% dos hospitais apresentavam suficiência em termos de recursos tecnológicos para suas atividades, fato esse não observado na presente amostra.²³

Evidencia-se, portanto, a débil situação das Emergências Hospitalares do Estado catarinense, quando comparada a outras unidades federativas. Infere-se a condição de marginalidade da atenção às urgências no sistema de saúde em Santa Catarina, reflexo de questões culturais, educativas e econômicas, mas principalmente falta, para que haja atenção às Emergências, muita vontade política.

A medicina de urgência na Universidade Federal de Santa Catarina, assim como nas outras universidades catarinenses, por exemplo, ainda não é uma disciplina totalmente estabelecida, e seu esboço dá-se através do ensino na Medicina do Trauma. Naturalmente, em um âmbito em que nem mesmo os profissionais de saúde possuem formação adequada para o atendimento às urgências, o reconhecimento e conhecimento dessa área tornam-se prejudicados.

Quando distribuídas segundo a área de abrangência das Delegacias Regionais do Estado, nota-se uma maior prevalência de SE dos Tipos 3 e 4 na região Oeste, com 9,5 e 20,5% respectivamente. (Figura 2) Nesse contexto, a Delegacia Regional de Joaçaba apresenta-se com o menor perfil de complexidade das unidades emergenciais, abrigando 8% das emergências Tipo 4, índice mais alto de todo o Estado.

Da mesma forma, as regiões Sul e de Planalto apontam para o predomínio de unidades Tipo 3 e 4, com 8,5 e 14% respectivamente. (Figuras 3 e 4)

Por sua vez, as regiões Norte e Leste, representadas pela Delegacia de Florianópolis, comportam os SE de melhor estrutura física e assistencial.

Na região Norte, encontraram-se 4% das Unidades Tipo 1, com destaque para as Delegacias de Joinville e Blumenau. (Figura 5)

Em Florianópolis, observa-se uma discreta equidade na distribuição dos SE quanto aos graus de complexidade, evidenciando-se 4% de unidades Tipo 1 e 2 e 5,5% dos Tipos 3 e 4. (Figura 6)

O'Dewyer, em sua análise das emergências do RJ, dividiu o Estado em 10 regiões, das quais apenas quatro apresentavam unidades consideradas insuficientes no quesito de infraestrutura. O déficit de recursos humanos mostrou-se mais importante do que o de recursos tecnológicos em 80% dos casos.²³

Ao dividir-se o Estado catarinense em sub-regiões, observa-se que os tipos de emergência não estão igualmente distribuídos; ou seja, mesmo em Delegacias onde há o predomínio de unidades consideradas insatisfatórias para o atendimento às urgências, encontram-se também SE melhores estruturados, como o caso da Delegacia Regional de Criciúma, situada na região Sul.

Contudo, regiões historicamente marcadas pelo desenvolvimento agrícola e industrial, como de Oeste e de Planalto, abrangem SE em condições aquém do preconizado pelo CREMESC como essenciais para o bom atendimento.

Assim, Joaçaba e Chapecó, ambos denominados municípios em 1917, pólos da indústria regional e da agroindústria, respectivamente, observaram um aumento substancial de suas populações nos últimos anos, reflexo da colonização e da migração, com ênfase no desenvolvimento econômico, em detrimento do desenvolvimento qualificado dos serviços de saúde.²⁴

A disposição dos modelos de emergência, sob o olhar do CREMESC, pode ser também analisada quando de sua frequência segundo o caráter populacional dos municípios catarinenses.

Desse modo, cidades de grande porte, com mais de cem mil habitantes, encerram a maioria das unidades emergenciais de maior complexidade, tipo 1 e 2, com 10,5% do total, seguidas de municípios com taxa populacional entre cinquenta e cem mil, os quais abrigam 8% dos SE referidos. (Figura 7)

Em contrapartida, pequenos e médios municípios dispõem dos SE mais prejudicados, sendo tal situação mais evidente quanto menor o município.

Na figura 7, observamos a maior taxa de SE dos Tipos 3 e 4 distribuídas dentre os municípios com até cinquenta mil habitantes (62,5%), das quais 35% estão localizadas nos municípios com população inferior a dez mil residentes.

Para efeito de elucidação, toma-se o perfil demográfico do Estado, baseado no último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2007. Em Santa Catarina, mais da metade dos municípios analisados no estudo (71%) compõe-se de estrutura populacional inferior a cinquenta mil. Cidades consideradas de grande porte perfazem 19% da amostra territorial.²⁵ (Figura 8)

Infere-se, dessa forma, a associação do porte municipal com o nível de complexidade dos Serviços de emergência, numa relação diretamente proporcional. Uma explicação plausível seria a maior representatividade dos municípios de grande porte nas gestões públicas

e participações nos orçamentos da União. O financiamento e a disponibilidade de recursos advindos do Governo Federal, aliados à atenção da iniciativa privada possibilitam investimentos nos serviços de saúde nessas regiões.

Deve-se ressaltar ainda que tais municípios drenam a grande parte da demanda de suas cidades interioranas, funcionando como serviços de referência e atendimento especializado, os quais atraem investidores, incentivos ao estudo e pesquisa e médicos das mais diversas especialidades.

Portanto, municípios com maiores densidades populacionais gozam, em geral, de melhores condições nas emergências no Estado, exemplificado por Florianópolis, Joinville e Blumenau. Tal fato advém da necessidade de investimentos nos serviços de saúde em decorrência da elevada demanda observada e, também, da maior complexidade de atendimento.

Soma-se ao citado, a politização dos indivíduos nas cidades referidas, reflexo do maior acesso a universidades, afluente também de estudantes de todo o Estado, implicando maior exigência por parte da qualidade dos serviços de saúde.

Por fim, a alocação dos tipos de emergência segundo a classificação hospitalar respeita o estado de complexidade deste. Hospitais gerais de grande porte comportam 7% das melhores emergências, apresentando apenas 0,5% das unidades tipo 4.

Nesse íterim, o encontro de 28% dos SE tipo 4 e nenhum do tipo 1 em hospitais gerais de pequeno porte não se contradiz. Aqui, o raciocínio mostra-se semelhante ao observado no item anterior, que associa o tamanho do município com o tipo de emergência. Hospitais gerais de grande porte atuam, em sua maioria, como serviços de referência com grandes áreas de abrangência, dispondo, portanto, de recursos aumentados. É o caso das cidades de Criciúma, Blumenau, Joinville e Florianópolis.

Diferentemente, hospitais que prestam atendimento especializado sustentam 5,5% das unidades tipo 4 contra 0,5% do tipo 1, independente do porte hospitalar, o que não apresentou significância estatística.

A deficiência estrutural da rede assistencial se reflete, também, no setor de recursos humanos. A informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho criam uma porta de entrada no mercado, atraindo profissionais com habilitação inadequada para a atuação nas urgências.²

Nesse estudo, um total de 1474 médicos lotados nos SE puderam ser avaliados, advindos de 93% das emergências hospitalares estudadas.

Quanto ao gênero, destaca-se a predominância do sexo masculino (78%), em contraste com 22% de profissionais do gênero feminino. (Figura 10)

Estudo realizado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) em 2001 revelou taxas semelhantes: 64% e 36%, para o sexo masculino e feminino, respectivamente.

O mesmo estudo infere a predileção das mulheres por parte do cargo de chefia dessas unidades, com ocupação de 62% desses postos.²⁵ O ambiente masculino encontrado nos SE é reflexo, de certa forma, das condições insalubres de trabalho, do excesso de carga horária e do meio hostil de muitas unidades, incompatíveis com o desejo de maternidade, disposição para o lar e os filhos, influído na qualidade de vida de muitas mulheres.

No que concerne ao tempo de formatura, verifica-se que 33% dos médicos lotados nas emergências catarinenses têm até 15 anos de formados. Médicos graduados há duas décadas compõem 24% da amostra, taxa discretamente elevada se comparada a de profissionais formados há mais trinta anos, que corresponde a 22%. (Figura 11)

Ao se relacionar tempo de serviço com tempo de formatura, pode-se inferir que essa casuística vai ao encontro do observado em outras emergências, como no Estado do RJ.

Um levantamento realizado pelo CREMERJ em 2000 apontou que até 31% dos médicos que atuavam nas emergências municipais estava há mais de 20 anos nesses setores, o que não avalia com segurança a qualidade de assistência prestada.²⁶

Em outra ponta, todavia, têm-se aqueles recém-formados, graduados em até seis anos, os quais perfazem 20% do total. (Figura 11)

A idéia de que os Serviços de emergência são conduzidos essencialmente por médicos inexperientes, do ponto de vista de tempo de atuação, não se confirma em nosso Estado, situação diversa do observado por outros autores.^{2,27}

A análise do local de graduação dos profissionais atuantes nas emergências hospitalares de Santa Catarina permite sugerir a procedência dos mesmos. Consoante o esperado, 83,5% dos profissionais que atuam nas emergências de SC, realizaram seu Curso de Graduação em Medicina na região Sul do Brasil, dos quais 38% formaram-se em universidades gaúchas, 31% em universidades catarinenses e 14,5% em faculdades médicas do Estado do Paraná.

Outra região que merece destaque é a Sudeste, com 12,5%, composta em sua maioria por médicos advindos de Escolas Médicas fluminenses (6,5%). Somente 1 % procede de faculdades estrangeiras. (Figura 12)

Isso reflete o fato de que Santa Catarina era o único Estado do Sul e Sudeste a apresentar, até poucos anos, uma única Escola Médica, mostrando que o número de médicos formados pela Universidade Federal de Santa Catarina era insuficiente para cobrir as necessidades do Estado.

O tipo de vínculo empregatício foi outro ponto abordado neste estudo. A obtenção deste dado foi contemplada em 60,5% da amostra. Desses, 31% dos médicos lotados em SE não possuem vínculo empregatício algum, 16% dependem do vínculo público e 13,5% do privado.

A inexistência de vínculo empregatício, observada em mais da metade dos contratos, além dos vínculos temporários, dificulta a fixação do profissional e aumenta a necessidade de investimento na qualificação dos mesmos. Como referido anteriormente, a informalidade na contratação e as admissões emergenciais corroboram o resultado acima descrito.

Tal realidade enfraquece a relação de trabalho e não resolve a carência quantitativa de recursos humanos além de diminuir o padrão qualitativo da equipe. É importante ressaltar, ainda, a dificuldade de integração criada com esse tipo de contratação, entre o corpo clínico da emergência e o hospital.²³

Essa dicotomia, entre Serviço de emergência e corpo clínico hospitalar, leva a alguns desentendimentos não previstos no regimento interno desses hospitais, haja vista que os médicos da emergência, por terem contrato exclusivo de trabalho em tal localização, não são considerados como médicos do corpo clínico.

Daí, a necessidade de integração entre esses dois serviços, emergência e corpo clínico hospitalar, para melhorar não só o atendimento à população nos serviços intra-hospitalares como no SE.

Entretanto, apesar das lacunas visibilizadas no que concerne ao vínculo, a atuação do profissional na área de urgência se limita em 90% das vezes a apenas um único SE. (Figura 13) Cerca de 10% dos médicos lotam mais de uma unidade de emergência, característica que não exclui a existência de outros empregos.

No RJ, em 2000, 66,6% dos médicos de emergência tinham até três empregos, e 19,8% possuíam mais de três empregos.²⁶

Quando avaliados por especialidade registrada no CREMESC, ressalta-se que 12% dos profissionais inscritos no referido Conselho não possuem especialidade médica. Explica-se tal nota tanto por profissionais recém-formados quanto por aqueles que exercitam a clínica médica há longa data, sem título de especialização.

Dentre os especialistas, evidenciam-se os médicos internistas, com 22%. Os pediatras ocupam a segunda posição com 16%, seguidos dos ginecologistas e obstetras (8,5%), cirurgiões gerais (6,5%), ortopedistas (5%), anestesistas (3%) e médicos do trabalho (3%). Nas subespecialidades clínicas, a cardiologia merece destaque, com 3,5%. Já nas subespecialidades cirúrgicas têm-se a cirurgia do aparelho digestivo e a urologia, ambas com 2%. (Tabela 1)

Na figura 14, ilustram-se as especialidades segundo áreas de abrangência: clínica médica e suas especialidades ultrapassam a clínica cirúrgica e suas ramificações em 13% da amostra.

No Estado do Rio de Janeiro, a demanda maior de pacientes adultos segundo sua morbidade é direcionada ao clínico geral (41%). Os cirurgiões gerais respondem por 23% dos atendimentos, os ortopedistas 13% e os cardiologistas e neurocirurgiões 5%.²⁶

Ainda no âmbito das especialidades, revela-se que metade dos médicos sem especialidade encontram-se nas unidades Tipo 4 (Figura 16) e aproximadamente 60% atuando em cidades com até 50 mil habitantes. (Figura 17)

A especialidade de clínica médica e suas ramificações distribuem-se equitativamente entre os pequenos, médios e grandes municípios, visto que 19% dos internistas residem em municípios de até 50 mil habitantes e 16,5% em cidades maiores que tais. Por outro lado, lotam 20,5% das emergências tipo 3 e 4 e 15,5% do tipo 1 e 2. Já a especialidade de clínica cirúrgica e suas subespecialidades prevalecem em sua maior parte (13,5%) nas emergências de nível mais elevado de complexidade, localizadas em cidades com porte populacional acima de cinquenta mil indivíduos (15%), característica também observada na pediatria. A especialidade de ginecologia e obstetrícia, por sua vez, é verificada em maior frequência nos SE tipo 3 e 4 (6,5%) em cidades menores (5,5%).

A grande variedade de especialidades estabelecidas nos SE catarinenses reflete a tendência nacional de se utilizar tal departamento como porta de entrada no mercado de trabalho, tanto para o médico sem especialidade quanto para o especialista.

Dessa forma, ora são observados profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência, ora profissionais de idade mais avançada, que encontram nos prontos-socorros umas das poucas opções de complementação salarial.

Igualmente, profissionais altamente especializados em um pequeno espectro da área médica aventuram-se em realizar tratamentos de pacientes em situações de urgência sem dispor de treinamento suficiente para tal, atuando fora da sua área de competência.

Esses utilizam as portas de urgência como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas nos locais escolhidos para desenvolver sua atividade médica.

A medicina de urgência no Brasil é incipiente, não sendo reconhecida como especialidade. Assim, um médico emergencista pode ser qualquer médico com licença para exercer a medicina.^{28,29}

No espaço acadêmico e corporativo, há poucos profissionais com cursos de especialização em urgência e verifica-se um escasso reconhecimento dessa área.¹⁴

Tal fato sustenta a inexperiência e falta de capacitação dos profissionais lotados nos SE, oriunda de insuficiências da formação oferecida pelas instituições.

No Brasil, a atenção e a formação em urgência são de domínio multidisciplinar, diferentemente do que ocorre nos países anglo-americanos.³⁰

No ensino, em hospitais universitários, há uma tendência à “especialização” dos Pronto-Socorros (PS): PS de Clínica Médica, de Cirurgia, de Ortopedia, de Neurologia, de Pediatria, de Obstetrícia, de Oftalmologia e outros mais. Por conseguinte, o aluno passa por eles em estágios distintos, fragmentando o ensino ao invés de integrar, indo de encontro à tendência mundial de formação de médico emergencista.³¹

O primeiro programa de Residência Médica em Medicina de Urgência foi implantado em 1970, nos Estados Unidos. Em 1979, essa passa a ser reconhecida como especialidade. Preza-se pela importância da formação do médico generalista, especializado, e com vasta experiência no atendimento de urgências, tanto clínicas quanto cirúrgicas. Contempla a exigência de um profissional experiente e bem formado para fazer frente ao volume dos atendimentos de urgência.³¹

No Europa, onze dos vinte e sete países já visibilizam a medicina de urgência como especialidade. O avanço na área é decorrente do reconhecimento da especialidade, dos programas de treinamento para os especialistas, da organização profissional dos médicos emergencistas e da presença de centros acadêmicos.²⁸

No Brasil, embora alguns Estados tenham iniciado um movimento para a criação de Sociedades de Medicina de Urgência, como o Rio Grande do Sul, há poucos investimentos na difusão da especialidade e na definição do que deveria ser o médico emergencista.²⁹

Enquanto não há a criação da especialidade, o Ministério da Saúde, por meio dos Núcleos de Educação em Urgência, instituídos na Portaria 2048 de 5 de novembro de 2002, almeja capacitar os profissionais atuantes nesses serviços, a fim de garantir-lhes habilitação

formal, obrigatória e periódica para o exercício profissional adequado na intervenção às urgências.²

6 CONCLUSÕES

1. Mais da metade (73,5%) das unidades de emergências hospitalares do Estado atuam aquém do idealizado para um atendimento satisfatório.
2. Apenas 11% das Emergências Hospitalares de Santa Catarina contemplaram os requisitos categorizados pelo Conselho Regional de Medicina desse Estado como suficientes para classificá-las como SE modelo no período estudado.
3. Municípios de maior densidade populacional, assim como hospitais gerais de grande porte, tendem a comportar os SE de maior nível de complexidade.
4. Somente 20% dos médicos lotados nas Emergências Hospitalares do Estado são recém-formados.
5. Metade dos médicos não especialistas atua em geral nas Emergências Hospitalares de menor nível de complexidade, e em cidades de pequeno porte.

REFERÊNCIAS

1. Silva VPM, Silva AK, Heinisch RH, Heinisch LMM. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arq Cat Med* 2007; 36(4): 18-27.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília: Diário Oficial da União; 2002a.
3. David HMSL. Atores, cenários, regulação: notas sobre a atenção em urgência e emergência no setor de saúde suplementar [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
4. Ministério da Saúde. Cadernos de Informações de Saúde. Unidade da Federação: Santa Catarina. DataSUS, 2007.
5. Weber EJ, Showstack JÁ, Hunt K, Colby DC, Callaham ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an Emergency Department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med* 2005; 45(1): 4-12.
6. Núñez Diaz S, Burillo PG. Urgencias, la medicina basada en la paciencia [editorial]. *Emergências* 2004; 16: 109-10.
7. Ocaña JR. Problemas que enfrenta el medico de urgencias. *Trauma* 2001; 4(3): 85-6.
8. Marques GQ, Lima MADS. User's demand to an emergency service and their welcoming in the health system. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico online] 2007 Jan-Fev [capturado em 2008 Mar 5]; 15 (1): [7 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a03.pdf>
9. Clancy CM, Eisenberg JM. Emergency medicine in population-based systems of care. *Ann Emerg Med* 1997; 30(6): 800-3.
10. Smith J, Haile-Mariam T. Priorities in global emergency medicine development. *Emerg Med Clin N Am* 2005; 23: 11-29.
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Brasília: Diário Oficial da União; 1995.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação médica das urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
13. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
14. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora ME, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina, Ribeirão Preto 2003; 36: 498-515.
15. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp Disaster Med 2003; 18(1): 29-35.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.923, de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. Brasília: Diário Oficial da União; 1998b.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União; 2003a.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192. Brasília: Diário Oficial da União; 2003b.
19. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina. Serviço de atendimento móvel de urgência: SAMU – 192. Santa Catarina; 2006.
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.613, de 7 de fevereiro de 2001. Determina aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Serviços de fiscalização da profissão médica e de serviços médicos-assistenciais. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.
21. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação – Algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A odontologia e a estratégia saúde da família. 21ª ed. Tubarão: Ed. Unisul; 2006. p.115-136.
22. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115-9.

23. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13(5): 1637-48.
24. Piazza WF. Santa Catarina: sua história. Florianópolis: Ed. Lunardelli, 1983.
25. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. [capturado em 2008 Set 3]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>.
26. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. O perfil dos médicos e das emergências do Estado do Rio de Janeiro. 3ª ed. Rio de Janeiro: Navegantes Editora Gráfica LTDA; 2004.
27. MacFarlene C, van Loggerenberg C, Kloeck W. International SEM systems: South Africa – past, present and future. *Resuscitation* 2005; 64: 145-8.
28. Fleischmann T, Fulde G. Emergency medicine in modern Europe. *Emerg Med Australasia* 2007; 19: 300-2.
29. Tannebaum RD, Arnold JL, Filho AN, Spadoni VS. Emergency medicine in southern Brazil. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 223-8.
30. Dykstra EH. International models for the practice of emergence care. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 208-9.
31. Williams AL, Blomkalns AL, Gibler WB. Residency training in emergency medicine: the challenges of 21st century. *Keio J Med* 2004; 53(4): 2003-9.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .